

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ISABELA MASINI ESPÍNDOLA

DA TRANSFERÊNCIA AMOROSA À TRANSVERSALIDADE

NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)

*Da transferência amorosa à transversalidade*

*no acompanhamento terapêutico (at)*

UBERLÂNDIA

**2019**

**ISABELA MASINI ESPÍNDOLA**

**DA TRANSFERÊNCIA AMOROSA À TRANSVERSALIDADE  
NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)**

Monografia apresentada como requisito parcial  
à obtenção do título de Graduação do Curso de  
Psicologia, Setor de Psicologia, Universidade  
Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof. Ricardo Wagner Machado da  
Silveira

**UBERLÂNDIA**

**2019**

**ISABELA MASINI ESPÍNDOLA**

**DA TRANSFERÊNCIA AMOROSA À TRANSVERSALIDADE**

**NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira

Uberlândia-MG

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Tatiana Benevides Magalhães Braga

Uberlândia-MG

---

Me. Dami Silva

Uberlândia-MG

2019

“Nossa maior tragédia é não saber o que fazer  
com a vida”

José Miguel Saramago

“Assovia o vento dentro de mim. Estou  
despido. Dono de nada, dono de ninguém, nem  
mesmo dono de minhas certezas, sou minha  
cara contra o vento, a contravento, e sou o vento  
que bate em minha cara”

## **Resumo**

Este relato de experiência refere-se a uma vivência de estágio profissionalizante de Psicologia Clínica e Social do curso de graduação em Psicologia em que atuamos como acompanhante terapêutica de um paciente do CAPSad da cidade durante o período de um ano. Nessa experiência destacou-se para nós a problemática da transferência amorosa na clínica. A transferência foi considerada por Freud desde o começo dos seus estudos como uma ligação fundamental na relação terapeuta-paciente. Desde então, ela é reconhecida e pensada de diferentes maneiras à medida que novas formas de se realizar a clínica vão se dando. A esquizoanálise vem questionar a hegemonia de uma clínica do sujeito, de um pensamento pautado pelo princípio da razão e da neurose em favor de uma potência esquizo e um pensamento rizomático que passa a contagiar e incitar a clínica. O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um novo dispositivo clínico que faz um profícuo diálogo com o pensamento psicanalítico, mas que desconstrói a ideia do setting clínico tradicional, colocando a rua e o cotidiano do acompanhado como parte fundamental da relação terapêutica. Trata-se de um fazer clínico que privilegia a proximidade, o que leva à construção de um forte vínculo entre acompanhante e acompanhado e que, conseqüentemente, deverá se dedicar a pensar e manejar ainda mais aspectos relacionados com a transferência. Para problematizar a transferência amorosa vivida no AT, convocamos como intercessores dessa investigação, algumas das contribuições da psicanálise e da esquizoanálise.

Palavras chaves: Acompanhamento Terapêutico; Transferência, Esquizoanálise;

## **Abstract**

This work refers to a professional internship experience of Clinical and Social Psychology of the graduate psychology course in which we act as a therapeutic accompaniment (AT) for a CAPSad patient during a one-year period. In this experience, we reports the problem of the amorous transference in the clinic highlighted for us. Freud considered the transference since the beginning of his studies as a fundamental link in the therapist-patient relationship. Since then, it is recognized and thought of in different ways as new ways of performing the clinic are being given. Schizoanalysis comes to question the hegemony of a clinic of the subject, a thought based on the principle of reason and neurosis in favor of a schizo power and a rhizomatic thought that starts to infect and incite the clinic. Therapeutic Accompaniment (AT) is a new clinical device that makes a proficient dialogue with psychoanalytic thinking, but that deconstructs the idea of the traditional clinical setting, placing the street and the daily life of the companion as a fundamental part of the therapeutic relationship. It is a clinical practice that privileges proximity, which leads to the construction of a strong bond between accompanied and companion and, consequently, should be dedicated to think and handle even more aspects related to the transference. In order to problematize the amorous transference experienced in the AT, we call as intercessors of this investigation some of the contributions of psychoanalysis and schizoanalysis.

Key-words: Therapeutic Accompaniment; Transfer; Schizoanalysis

## SUMÁRIO

SOBRE O AT.....	1
DA TRANSFERÊNCIA NA PSICANÁLISE.....	3
DA TRANSVERSALIDADE NA ESQUIZOANÁLISE .....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS .....	25





## **SOBRE O AT**

O Acompanhamento Terapêutico (AT), ainda como uma atuação nova na clínica ampliada da saúde mental, encontra em sua atuação desafios constantes decorrentes do encontro com o outro, com a loucura. O presente trabalho surge como um esforço de entender um pouco desse lugar do acompanhante terapêutico (at) na construção de uma relação permeada pelas dificuldades enfrentadas por quem está em grande sofrimento, particularmente por conta das violências sociais a que está exposto e das vivências de abandono e negligência. Parte assim do relato de uma experiência de AT de um usuário de um CAPSad, dependente de álcool e outras drogas vivente de uma transferência erótica maciça em relação à at.

Para tanto, se dá início pela problematização da transferência amorosa em Freud na clínica, onde o AT acontecendo em um *setting* como a rua e o cotidiano do acompanhado, ora se caracteriza pela mistura e indiferenciação entre at e acompanhado e ora pela necessária diferenciação dos corpos e dos lugares ocupados, da necessidade do enquadre e da reconstrução constante da relação e dos papéis de acompanhante e acompanhado.

Para seguir esse problema lançamos mão de conceitos fundamentais como o de transferência na psicanálise e de transversalidade ou transferência maquínica na esquizoanálise, para repensar o encontro terapêutico, ressignificado e reinventado na tentativa de dar sentido e perspectiva para esse vínculo peculiar característico do AT, que dentre ensaios, erros e acertos da clínica em movimento, buscou uma nova forma de se pensar a relação com o outro que escape de uma vida de repetições patológicas do vínculo simbiótico e dependente, com vistas à abertura para o que escapa desse escopo, numa

relação que foge dessas amarras para fora dessas dobra, que possa ressignificar a subjetividade produzida no encontro dessa dupla com a cidade.

Começamos pelo Acompanhamento Terapêutico (AT) que surgiu como uma prática terapêutica na área da saúde mental após os marcos da Luta Antimanicomial na Europa nos anos 60. As ideias de um cuidado humanizado, pautado na singularidade de cada acompanhado e na importância do ambiente e do social, deram espaço a uma prática inovadora no cuidado dos pacientes psicóticos durante o seu processo de reinserção psicossocial, em direção à saída, na medida do possível, do enclausuramento enquanto forma de tratamento. (Freitas, Scagliarini, Decarlos, & Arantes, 2015) Uma micropolítica de recriar os direitos relacionais para novos espaços na cidade, uma prática de liberdade onde a cidade faz parte da vida do sujeito. (Araújo, 2007)

Além de uma proposta de transcender os muros do hospital e da clínica, essa modalidade tem como efeito uma atuação direta no ambiente do acompanhado e consequentemente junto às pessoas com quem se vincula. O AT no Brasil, começa como uma extensão do hospital psiquiátrico, com o hospital-dia e com o AT de pacientes com maiores dificuldades de se relacionar com seu entorno social, e com o tempo vai ganhando forma através das práticas transformadoras que foram sendo adotadas nesse outro jeito de fazer clínica como é o caso da “escuta nômade” de Gheterman (2009), da problematização do o Fora/Dentro das Instituições e a “fala pedestre” de Centeau (1999) (Porto, 2015) .

Outra importante referência que utilizaremos diz respeito às contribuições da política e clínica da Redução de Danos (RD) ao trabalho do AT. A RD é uma estratégia de saúde pública usada no país desde 1989, e sua proposta se apresenta a partir do autocuidado por meio da conscientização dos danos causados pelo uso da droga e estratégias de amenizar essas consequências, desde a proteção contra doenças adjacentes

(como HIV, tuberculose, cirrose...) até propostas de valorização da vida, como o hábito de alimentar e cuidados pessoais que são fundamentais no processo de recuperação e reinserção psicossocial dos adictos. Utiliza-se para isso de três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (Andrade, 2010).

## **DA TRANSFERÊNCIA NA PSICANÁLISE**

A psicanálise muito contribui para pensar a clínica do AT como não poderia deixar de ser, quando se pauta pela concepção de transferência e dos afetos na relação terapêutica, à medida que é essa relação a principal fonte de intervenção-ação do acompanhante (at) com o acompanhado, o que constituirá um dos importantes elementos do *setting* (desprovido de um habitat predeterminado) e possibilitará o encontro. A chegada de um outro possibilita o movimento das afetações em um sujeito, no sentido de encontrar frestas para o escape do enclausuramento, a quebra de repetições e resistências, a construção de novos papéis e formas de existir no mundo e nas relações.

O amor é um sentimento que perpassa por toda a história da psicanálise à medida que se encontrou nele, a mais ambígua e complexa relação social, dentro e fora do campo analítico. Desde o amor propriamente dito das relações amorosas e das psicopatologias, até o cerne da concepção psicanalítica que deu sentido ao vínculo terapêutico, a transferência amorosa, anunciada por Freud em 1907, bem cedo em suas obras.

Freud parte da filosofia grega que diferencia o amor em quatro aspectos: *Philia* (afeição, amor); *Physikè* (entre os seres de uma mesma família); *Xeniquè* (entre os hóspedes); *Hetaïrikè* (entre amigos); *Erotikè* (entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes); para propor uma mudança epistemológica no sentido de recuperar o amor como um sentimento único, mesmo nessas diferentes relações, como *expressões de um único e mesmo conjunto de tendências* que podem facilitar numa união sexual ou

desviar desse objetivo mantendo as características de sua natureza, sua dupla face: o amor e o ódio (Lauru, 2002).

Esse amor tem seu princípio na relação parental primária, onde, explicada pela teoria do complexo edipiano, a perda do primeiro amor (a mãe) e o fim da relação simbiótica, revela uma parte perdida de si que será para sempre buscada, um pedaço que falta do eu e que tem sua referência no mundo externo. Para Freud sofremos de um desamparo constitucional, sempre a depender de um outro externo à nós, inclusive a dependência psíquica de afeto, da linguagem, do reconhecimento e do amor. (Freud, 1927) Lacan, quando retoma essa questão do amor como falta, fala desse sentimento como uma busca da parte para sempre perdida de si mesmo, e ressalta que amar é essencialmente querer ser amado (Kauffman, 1996).

Para Freud, nossa primeira experiência de cuidado gera vivências de satisfação através de um objeto (peito mata a fome), geradores de desejo em reviver essa experiência de satisfação que faz com que passemos a alucinar com o objeto de prazer e isso gera novos estados psíquicos e demandas, como de afeto, cuidado etc. Os pais se tornam salvadores de tudo, aqueles que não permitem o desamparo, que satisfazem as demandas de desejo, o objeto de prazer primário, mas que nem sempre poderão ocupar esse lugar. O ser humano passa a ser nostálgico desse “salvador”, principalmente em momentos dolorosos, e busca novos representantes como na religião, nos mestres e na adicção, que possa oferecer um reencontro daquilo que acredita ter perdido, a ilusão de que não estava desamparado (Freud, 1927).

Essa busca de amor foi percebida por Freud na clínica desde seus primeiros escritos sobre a Histeria (1914) quando reconhece uma repetição desses sentimentos primários na relação terapêutica à medida que revela esse passado, mas também resiste a

relata-lo. A transferência amorosa, desenvolvida em sua obra *Recordar, repetir e reelaborar* de 1914, trata dessa atualização desses modelos infantis a partir do enamoramento com o médico onde pode se realizar a recordação desse passado por meio da palavra e do significante; a repetição de atitudes e impulsos emocionais que podem ser usados como resistência na análise, repetição não como lembrança mas sim como ação (act out) sem tomada de consciência, o que, expõe nossas tendências de compulsão à repetição; e assim tem-se a oportunidade de reelaborar essas emoções à medida que se trabalha isso em terapia.

De acordo com Freud (1914) a transferência é uma repetição do passado esquecido, presente na relação com o médico e nos outros aspectos da situação atual. Essa repetição, na clínica, comumente vem como forma de hesitação da recordação do passado como estratégia de defesa do ego do analisando. Quanto maior a presença de atuação significa que mais defesas são retiradas desse passado para resistir ao acesso do patológico e dessa relação transferencial intensificada. Os encontros, de acordo com Lacan (1985), são sempre faltosos, é isso que justifica a compulsão à repetição.

Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (acts out). A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta — suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento. (Freud, 1914, p. 5)

Nesse sentido, se entende o ato psicanalítico como uma forma de sustentação e suporte dessa transferência para que esse passado seja trazido à tona e, assim, se possa ter inscrita a demanda autêntica, a busca de amor demarcado pela falta (Ferreira, 2006).

Freud defende que não se deve satisfazer ou oprimir essa relação transferencial, o analista deve seguir um caminho que não há modelo na vida real: uma escuta do que está reprimido, do sofrimento, proibido, desejo e falta na busca de uma reelaboração desse conjunto de crenças, expectativas e respostas emocionais inconscientes.

Os relatos do que foi o AT de Bruno implicam inevitavelmente tratar da questão da transferência maciça e erótica. O vínculo de Bruno sempre esteve atravessado por uma história triste de vivências violentas. De uma mãe que se ausentava para se prostituir e pagar as contas dos filhos abandonados pelos pais, de uma família de usuários que o apresentou ao crack muito cedo, de fugas da escola para cheirar cola de sapateiro, da vida nas ruas, da violência, da cadeia, relacionamentos fugazes e vazios de afeto, do acidente que o deixou deficiente e, principalmente, da dependência do álcool e das drogas e da situação de rua em que vive muitas vezes.

Inúmeras internações em clínicas e na enfermaria de psiquiatria de um hospital universitário e no CAPS faziam parte de sua rotina desde a adolescência. O discurso sempre repetitivo e sofrido sobre suas “dores da alma” (frase que sempre repetia) as vezes era acompanhado de muito choro e relatos de vontade de colocar fim na própria vida. Era preciso sustentar uma escuta capaz de manejar sentimentos que eram colocados na relação transferencial, particularmente aqueles que eram suscitados no ato de acolher toda essa angústia vivida pelo acompanhado.

Ferreira (2006) esquematiza essa condição como repetição no sentido de todo amor reproduzir protótipos infantis, sendo o amor provocado pela situação analítica (na transferência positiva pela presença do Outro, do salvador das patologias, da outra metade), intensificado pela resistência (transferência se torna negativa à medida que se resiste a acessar as questões do passado difíceis de serem significadas) e neurótico por

ser impossível. Lacan (1964) ressalta que “*ao persuadir o outro de que ele tem o que pode nos complementar, nós nos garantimos de poder continuar a desconhecer precisamente aquilo que nos falta*” (Lacan, 1964, p. 132)

Na teoria lacaniana, o Outro é um lugar simbólico ocupado pelo que se chama de inconsciente, mas que representa aquilo que vem de nós, mas não reconhecemos como nosso, ou seja, “o inconsciente é o discurso do Outro”. Quando se tem um bebê, já se cria um discurso sobre ele (sexualidade, comportamento, projeções, etc.), e esse discurso do outro é introjetado no desenrolar da vida. Os atos falhos, os chistes, os representantes da nossa história que esquecemos (personagens, modos de relação, experiências...), a linguagem que nos sobredetermina fazem parte desse lugar do Outro, dessa alteridade que nos coloca em relação ao demais indivíduos que são diferentes de nós. (Fink, 1998)

A função da transferência nos mecanismos de defesas desempenhado por Bruno ficavam bem claras à medida que todo assunto que implicava um esforço libidinal em reconstruir sua trajetória em busca de reconhecer os problemas que o afetam ainda hoje, eram cortados por novos investimentos de sedução dirigidos à AT. Quando se apontava, a partir de sua fala, observações como sua dificuldade de se relacionar com os outros (desde a infância) ou como as falhas de sua mãe poderiam ter sido responsáveis por alguns dos traumas que carrega, a reação principal era de dizer como nada disso se compara com suas experiências de paixões atuais. Se tentava nesses casos, incessantes empreendimentos de construir uma conexão entre passado e presente, uma relação entre seu mecanismo de repetição, tanto no vício quanto no “amor”, como uma fuga da realidade massacrante que se encontrava, entretanto, uma fuga que o colocava novamente na repetição dos episódios que o faziam se sentir culpado, incapaz e descontrolado.

Por outro lado, mecanismo semelhante também é realizado pelo terapeuta em relação ao paciente na forma de contratransferência. Segundo Isolan (2005), isso ocorre ou de forma complementar em que o ego do terapeuta identifica com o objeto interno do paciente, ou de forma concordante, onde aspectos da personalidade são objeto de identificações por parte do terapeuta. Essas respostas do terapeuta à conduta do paciente é objeto de análise à medida que revela aspectos dos sintomas e das características desse outro, os sentimentos despertados devem ser analisados e compreendidos, não só no sentido de evitar erros na forma de abordagem, mas para perceber como essa manifestação subjetiva desse sujeito interfere na percepção das pessoas com quem se relaciona, como que suas características se manifestam nas relações sociais.

A transferência segundo Freud pode ser positiva ou negativa na relação analista-paciente, devido a inúmeras questões que podem tornar o encontro entre dois algo bom ou ruim, como as circunstâncias, a disposição do paciente de entrar em análise, vivências anteriores, sentimentos que a relação desperta, etc. No caso atendido, percebe-se como uma relação que aparenta ser boa, pode se tornar destrutiva. (Freud, 1914)

Bruno sofria por causa do amor. A impossibilidade de ter o que almejava provocava sua condição de desamparo constitucional e sua agressividade (geralmente voltada para si mesmo pelos cortes no corpo, a rejeição ao corpo...). Essa demanda de amparo, de amor e esse ódio, essa violência por conta do desamparo vivido eram muitas vezes depositadas na relação terapêutica e vivenciadas na dependência do vínculo. O amor de posse, de controle, de jogo entre afastamento e aproximação, repulsa e fissura, amor e ódio, marcava muito o ato de Bruno, e as simulações eram constantes, principalmente nos momentos críticos de desamparo. Nesse sentido a transferência era impedimento de que a relação terapêutica se instalasse e consolidasse e o vínculo era colocado no lugar do



preenchimento da falta, e nesse sentido era sempre necessário regula-lo, retoma-lo e fazer o enquadre terapêutico

Se desenvolve uma relação em que o acompanhado acha que sempre está sendo prejudicado/diminuído, tudo que o acompanhante diz ele recebe como gesto de superioridade e poder do acompanhante, e então se coloca na posição complementar de inferioridade. Como não responder a essa transferência negativa? É difícil o sujeito que ataca conversar com quem ele está atacando, quando respondemos sem ataque costuma ser terapêutico, ou seja, a intenção é não fazer par complementar na transferência, não responder do lugar em que qualquer outro responderia, e assim manejar o processo de transferência imprimindo diferença no que se repete.

Não responder como par ao ódio/desespero do outro, coloca um lugar de que isso não deve ser respondido com ato mas criando um novo enrosco imaginário, para se movimentar o vínculo e incitar a criação de novos repertórios relacionais. Assim, transferência se monta como um drama a ser desfeito para que no seu lugar algo de melhor possa se fazer nas relações e na própria vida.

A contratransferência é um mecanismo de embate quando se cria um atrito por causa dos limites dos corpos, ou seja, quando se é demandado limites na relação, mas também se torna coeficiente de aproximação na medida em que possibilita que se faça vínculo com o paciente, ou se fortaleça o vínculo já estabelecido. Ferenczi fala do uso da contratransferência como instrumento de interpretação, à medida que o analista pode relatar aquilo que experimenta como realidade diante do analisado, sendo assim, em alguns casos, um meio de devolver essa realidade ao paciente. (Lacan, 1960)

A contratransferência, nesse caso, sempre se manifestou muitas vezes de forma desmedida em muitos dos que se relacionavam com o acompanhado, criando momentos de embates, mas também de encontros. Para a equipe do CAPSad, o acompanhado se

apresentava como alguém quase impossível de se vincular, que só buscava o serviço quando achava que precisava de internações para ter onde ficar e comer, já que nos momentos críticos ficava em situação de rua e exposto a grandes vulnerabilidades. Eram momentos de embriaguez em que estava suscetível a brigas com a equipe e demais pacientes, comportamentos violentos e, conseqüentemente, sempre em conflito. Em muitos desses momentos e em outros menos disruptivos, o vínculo com as psicólogas do serviço eram marcadamente erotizados, o amor e o ódio eram contundentes e levavam os vínculos ao seu limite, e assim a resistência no tratamento se avolumava cada vez mais, e muitas vezes ele foi apresentado como um sujeito “sem possibilidades de melhoras”, “sem capacidade de investir no próprio cuidado” e não foram poucas as vezes em que o AT era visto como perda de tempo.

Não só na equipe, como no próprio AT, a resistência era difícil de ser debelada, a sensação de impotência, de enfrentamento, de violação e objetificação tornavam o AT exaustivo e muitas vezes nos levavam a problematizar, colocar em nossas intervenções, nosso papel e a pertinência ou não da continuidade. Sentimentos que se destacavam eram de raiva, de medo e de maternagem, e é importante destaca-los no processo de análise do caso, já que foram importantes guias para o manejo e análise.

Uma passagem possível de destacar esse enfrentamento ocorreu logo nos primeiros encontros, Bruno me encontra no CAPS e conta que saiu do hotel em que estava morando após receber a proposta de um conhecido de ficar na casa dele, diz que descobre após mudar que a casa era ponto de drogas e começa uso intensivo, gasta seu benefício previdenciário com móveis (como uma geladeira) e em poucos dias acaba na rua sem saber como voltar para a casa que estava, com seus pertences todos deixados para trás e sem contato com esse conhecido que supostamente fora preso. Após esse relato, Bruno

se recusa a almoçar e sai para beber enquanto eu montava uma roda de música (naquele dia levei o violão para o serviço) com outros pacientes.

Quando Bruno volta embriagado, se junta à roda mas começa a espantar todos os outros pacientes que interagiam comigo, questionando a atenção que dava aos outros, impondo o controle do violão e criando um ambiente hostil para todos. Quando disse que já deu o horário e precisava ir, Bruno segura o violão e ameaça quebra-lo, justifica já ter quebrado o seu próprio violão, que é substituível e que daria outro. O uso da violência na tentativa de controle do outro aparece como seu jogo de resistência. Bruno coloca em prova os limites do outro para estar com ele nas condições que ele impõe (tenta intimidar ao se apossar de meu violão e ameaça quebra-lo, quer me quebrar caso não estiver à sua disposição exclusivamente), desafia o outro para ver até onde sustentam um vínculo com ele. Em seguida continua esse embate quando se coloca numa posição de vítima incapaz de ser amado, de algoz e intimidador, passa a ser o cadeirante, “aleijado” como sempre repete, não merecedor de um amor, o que justifica o único caminho que lhe resta, o vício e a morte.

A intervenção foi tentar traduzir, expressar esse movimento que ele realizava em palavras, torna-los consciente de como nesse momento me sentia ameaçada e violentada por ele. Esse movimento de me colocar na relação, de apresentar o lugar do Outro e os efeitos dos seus gestos no outro foi a forma encontrada para fazê-lo entender sua responsabilidade nas relações sociais em que vivia, não como vítima e rejeitado, mas como alguém que agindo assim afasta, faz rejeitar, assusta e impede os vínculos de se estabelecerem e perdurarem de outro modo que não o abandono traumático.

Porto (2015) ressalta o papel do analista no tratamento das resistências na neurose de transferência por meio do manejo e da interpretação de tal forma que o passado possa

dar lugar ao desejo para que esse possa fluir, mas para isso o que foi recalcado deve ser controlado para que, por meio da rememoração, possa se elaborar o que passou. É uma “falsa conexão” de um conteúdo do passado que ultrapassa a barreira da censura ao se conectar a uma representação recente. A repetição encontra a diferença na clínica e é elaborada à medida que o sujeito encara a força de seus desejos, os fantasmas inconscientes e os conflitos infantis. (Porto, 2015)

Para Pelbart (1989) as trocas sociais só são possíveis por afetos na intensidade ideal, regulados pela vontade, pela autoridade moral aprendida por meio da educação e da cultura, pela sociabilidade; caso contrário, viram paixões, que tem como domínio a busca pelo prazer, sendo então egoístas e violentas. A história de Bruno demonstra uma vida regida pelas paixões, pela satisfação imediata (com as drogas, as prostituições, as brigas descontroladas...), ele desconhece limites e os vê como uma violência em relação a si mesmo, como se todos quisessem diminuí-lo, como se os limites fossem só impostos a ele devido a sua condição. Discutir sobre isso com ele implicava voltar a suas origens, onde a ausência das figuras parentais em sua infância e, conseqüentemente, uma incompletude no desenvolvimento do *self* são influentes no seu sofrimento atual.

Para Winnicott, nos primeiros meses de vida, o qual chamou de período de ilusão, o bebê é incapaz de se diferenciar do restante do mundo, sendo então a mãe uma extensão de seu corpo que aparece sempre que ele demanda. É um período de onipotência importante a ser vivida para o desenvolvimento da criatividade e, portanto, uma mãe suficientemente boa não deve submeter a criança a longos períodos de privação. Quando esse processo não é vivido, o sujeito tende a tentar ao longo de sua vida viver relações em que o outro funcione como sua própria criação, ou seja, indiferenciação dos corpos. (Barretto, 1998)

Barretto (1998) explica como é comum ocorrer as indiferenciações dos corpos no AT à medida que perdemos as fronteiras e nos misturamos na relação. Para ele é um movimento perigoso, porém pode ser uma ferramenta para entender a subjetividade do paciente. Nessas relações, segundo ele, o trabalho clínico depende da confiança no vínculo decorrente de “toda uma adaptação ativa às suas necessidades” para que essa experiência primitiva possa ser vivida, “*trabalho que implica em sustentar (to hold) todo um vínculo de indiferenciação no qual o paciente vive uma dependência absoluta do terapeuta*” (Barretto, 1998, p. 42) e do ambiente, se confundindo inclusive com uma relação de amizade, para assim ser realizada uma simbolização da falha ambiental que não se restringe à fala. (Barretto, 1998) A possibilidade de transitar entre dores e prazeres, de suportar a dor e deixa-la trabalhar em nós é uma conquista de todo vínculo terapêutico que se queira ético e que inclua a via de mão dupla entre paciente-analista.

Esse *Holding* da teoria winnicottiana, representado inicialmente pelo papel da mãe no desenvolvimento do bebê, é o que no ambiente permite as noções de continuidade, sustentação, constância física e psíquica. O sujeito necessariamente precisa dessa relação primária de segurança, de saber que alguém está lá para suprimir suas necessidades, e assim poder se inscrever numa realidade compartilhada através da satisfação da ilusão de criar o mundo. Nesse sentido, a capacidade materna do analista, o que chamaram de continência, é o que permitiria transformar através da imaginação, as experiências do sujeito pelo afeto. Quando o sujeito pode viver esses afetos e pulsões, por meio de um intermédio, elas se tornam menos disruptivas e se estabilizam no campo do sentir, não correndo o risco do indivíduo transformar-se nesses sentimentos. (Barretto, 1998)

Na teoria winnicottiana, a transferência não é uma mera repetição do passado. Partindo de sua lógica de que surge algo novo da tradição, esse movimento acontece quando o sujeito busca um objeto que o ajude a desenvolver suas potencialidades e o

próprio *self*. O uso desse repertório do universo simbólico que o paciente traz para buscar uma mudança é o que Winnicott chama de transicionalidade, que Safra (1995b) explica como sendo o campo de produção de símbolos que constituem o *self* do sujeito de acordo com as experiências culturais de concepção de homem. (Barretto, 1998)

Para Winnicott toda realidade é cultural, criada e compartilhada, portanto o ser humano se realiza na criatividade, na noção de existir socialmente, no sentir-se real pela apropriação do mundo. Nesse sentido, a elaboração psíquica é através de uma simbolização capaz de constituir o *self* do sujeito, conseqüentemente, o sofrimento vem da incapacidade desse sujeito de se identificar na relação com o outro, como fomenta Barretto (1998) “*a sensação de futilidade (não existência), a falta de sentido na própria vida, são frutos da impossibilidade (incapacidade) do sujeito para criar algo próprio no mundo compartilhado.*”. (Barretto 1998, p. 48)

Constantemente Bruno se encontrava nessa situação de não pertencimento na realidade compartilhada. Um pai que o abandonou na primeira infância, uma mãe que não suporta mais lidar com o sofrimento da situação e prefere se ausentar, irmãos que se sentem ameaçados e todos os demais laços sociais relacionados a rede de drogas, tráfico e prostituição. Todas as relações superficiais, sem ter com quem contar e se estabelecer. Bruno fala sobre entender o abandono da família se reconhecendo causa disso ao mesmo tempo que chora ao dizer que sente falta da mãe, de um colo, ou seja, de um *holding*. Segundo Barretto (1998) essa função do *holding* só é realmente estabelecida quando o sujeito tem a possibilidade de depositar sua agressividade e destrutividade no vínculo e ele continuar vivo, sobreviver. É com essa experiência que o sujeito consegue reconhecer o outro como externo de si, não controlado pela sua onipotência e é nesse sentido que se trabalha a desilusão no AT, com a capacidade de suportar a separação através de uma noção mais clara de interno e externo, sem ser colocado em dispersão (angústia de

aniquilação), uma nova forma de lidar com a angústia enriquecendo o campo de experiências do sujeito, onde é exercida, nesse momento pelo acompanhante, a função de apresentação do objeto.

Quando Bruno fala que se seu amor fosse retribuído todos os problemas iriam se resolver (ele iria parar com o vício, as pessoas iam o olhar diferente, etc.), ele demonstra sua busca por uma extensão do próprio corpo, alguém que funcionasse como uma parte de si que fosse capaz de atribuir-lhe valores que ele considerava indigno de tê-los. Lacan (1960) fala em seu seminário que a busca do paciente com seu analista é o ensinamento sobre aquilo que lhe falta, e coloca numa relação “*o amante como o sujeito do desejo – com todo o peso que tem para nós este termo, o desejo – e o amado como aquele que, nesse par, é o único a ter alguma coisa*” (Lacan, 1960-61, p. 50). A ter alguma coisa, seja o amor almejado, seja a resolução de todos os dilemas existenciais. Mas ele completa: “*o que falta a um não é o que existe, escondido, no outro*”, sendo essa a origem da angústia gerada pela falta, ela não pode ser preenchida pelo outro. (Lacan, 1960)

## **DA TRANVERSALIDADE NA ESQUIZOANÁLISE**

Como já foi dito, a psicanálise muito contribui para pensar a clínica do AT quando se trata de problematizar a concepção e o manejo da transferência na relação terapêutica. Por outro lado, inspirados agora pelo pensamento esquizoanalítico, pretendemos problematizar o caminho que vai da transferência à transversalidade no AT e para tanto, retomemos a história do AT e particularmente um dos primeiros nomes dados a ele “amigo qualificado” que passava a ideia, da aproximação do vínculo, do acolhimento, da ação que vai além do discurso e de uma relação não hierárquica de saberes. (Araújo, 2015)

Essa concepção de amizade foi fundamental no desenvolvimento da prática do AT quando vista como uma relação afetiva dada por escolha de ambas as partes em um

processo de afetação e compartilhamento, num encontro possível, -como diria Nietzsche, um “novo nós” pela reinterpretação das relações humanas, num vir-a-ser em comum. (Oliveira, 2011)

Trata-se de uma nova forma de estar com a “loucura”, em que, além de se contestar a clausura dos muros institucionais, coloca-se o terapeuta também em um novo lugar, menos hierárquico nas relações e que propicia o que Guattari (1981) descreve como transversalidade. A transversalidade pode ser entendida como um lugar possível entre a hierarquia de poder (a relação vertical) e a ausência dela (uma horizontalidade), uma posição transversal com novas relações de poder e saber, onde se possa acolher e potencializar as diferenças e produzir novos saberes e práticas. Porto (2015) ressalta que acompanhante e acompanhado se encontram deslocados de seus habitats, estando tudo por acontecer através do encontro entre os dois, nele nenhum dos dois é proprietário de um lugar.

Muitas vezes a transversalidade na relação terapêutica é percebida no AT à medida que a imersão no cotidiano e na vida do sujeito promove experiências que escapam da alçada do psicológico (atuando nas condições concretas de vida no dia a dia) e nos coloca em embate com realidades que se misturam com o nosso “eu” e, dessa forma, derrubam nossas defesas “psicologizantes” e institucionais. Como alega Barreto (1998) sempre há algo de si-mesmo no encontro com a realidade compartilhada. Não é o encontro de duas entidades preestabelecidas, “em-si-mesmas”, é, de acordo com Porto (2013) “*a clínica de estar lançado no mundo, de habitar o mundo e, no mundo, fazer mundos possíveis*”. (Porto, 2013)

Nesse sentido, o cotidiano se transforma em campo de afetações, e por isso de intervenções, a presença do AT passa a ser por si só uma intervenção terapêutica, e seus



atos intensificam esta intervenção de forma múltipla e processual, cenas do cotidiano podem ser modificadas, desconstruídas, criadas a partir da entrada desse outro que embaralha os códigos e espaços segmentados no cotidiano do acompanhado. O AT mergulha nas relações que se fazem no encontro com esse sujeito e seu território e vai se presentificando no seu mundo, e assim gradativamente se colocando nessa relação como um outro, com seus limites de corpo e desejo, interferindo e se fazendo no enquadre e dinâmica do *setting*. No AT a transferência se estabelece e amplia as conexões no mundo, mas para isso, é necessário um vínculo afetivo estabelecido nessa história para entender “*o que se põe em jogo nas relações de afeto*”. (Porto, 2015)

O maior grau possível de transversalidade na relação entre at e acompanhado é desejada nessa clínica. A exuberante possibilidade de conexões inéditas, encontros com outro da/na cidade nesse *setting* ambulante, possibilita o acontecimento e o devir, conceitos caros para Deleuze e Guattari. No que se refere ao devir, os autores afirmam a não identificação com o outro, trata-se de uma saída, um escape, uma linha de fuga da necessidade de imitação ou do desejo de ser igual, é sim uma afetação que transforma, que provoca diferenciações ao invés de simbioses e indiferenciações massivas. Trata-se de uma “desterritorialização” mútua, em que não se abandona o que se é, mas cria-se novas formas de ser, viver e sentir. (Zourabichvili, 2004). Um “processo intempestivo”, uma linha de fuga que recria e ressignifica o passado e o futuro colocando em jogo a “potência criativa da vida”, ou seja, o devir, a linha de fuga é uma potência para dar novos sentidos à história. (Araújo, 1998)

Devir é fazer novas conexões para viver, encontros capazes de compor acontecimento à medida que as multiplicidades de diferenças cruzam um limiar, transformando o nosso próprio modo de subjetivação. (Rolnik, 1995). No caso acompanhado, o que se desejava a partir dos encontros era novas formas de se relacionar

com o outro, diferentes das formas que remetiam às relações primárias com a família, as que se enveredavam pelas drogas, pelo tráfico, nas ruas e ainda aquelas conflituosas relações de poder entre profissionais da saúde e o acompanhado.

Era preciso escapar da mortífera e maciça posição transferencial em que o acompanhado colocava a at, objeto de amor e libertação, promessa de cura. Eram necessárias linhas de fuga que pudessem escapar dos modos repetitivos e simbióticos que o acompanhado investia na relação transferencial amorosa com a at. E seguimos acreditando que é sempre pelo encontro que se realizam os desvios, as linhas de fuga ao que se repete na medida que se abre para os devires. É como uma passagem de um estado a outro, uma abertura intensiva para as forças do Fora capazes de provocar alteridades, a condição de afetar os corpos que encontra, indissociável da de ser também afetado. (Silveira, 1996)

Guattari (1981) dizia que, diante da transferência era preciso diferenciar as transferências por ressonância subjetiva das transferências maquínicas. As primeiras são transferências “por identificação personológicas, por eco de buraco negro”, já as transferências maquínicas procedem aquém do significante e das pessoas globais, por interações diagramáticas a-significantes e que produzem novos agenciamentos em vez de representar e decalcar indefinidamente antigas estratificações. (Guattari, 1981, p. 141)

As transferências maquínicas se dão “aquém dos significantes”, mas por relações de forças “a-significantes” e produzem agenciamentos, encontros que levam a acontecimentos, é a transferência maquínica que queremos cartografar. (Guattari, 1981)

Evidentemente que não podemos nos esquecer da transferência por ressonância subjetiva e que também nos interessa e foi cartografada no primeiro tempo deste texto, transferência que se dá de uma forma personológica, que parte dos sujeitos e suas histórias

para compreender seus modos de relação consigo e com o outro, que se depara com os mortíferos buracos negros da repetição.

Na transferência a céu aberto como a que ocorre no AT, há sempre uma multiplicidade de intervenções possíveis, concomitantes, aleatórias e incontrolláveis, que se sustenta através de um vínculo, mínimo que seja, de confiança entre at e acompanhado (Silveira 1996) .

Ao invés de apenas intervir apontando para o acompanhado as repetições com a at da relação em que ele a todo tempo, através do amor que diz sentir por ela, marcado pela simbiose e dependência maciça, se utiliza como resistência ao tratamento e acabam em repetir rupturas traumáticas de vínculos. Ao invés dessa repetição da decepção com a pessoa amada pelo abandono sentido por Bruno nas suas relações significativas, desse mortífero buraco negro que são as antigas e repetitivas estratificações desses vínculos patológicos, queremos agora pensar na transferência maquínica que se dá no entre e que repercute nos corpos.

No AT de Bruno, a força da presença insistente da at, apesar de todas as investidas do acompanhado, que por vezes a levavam ao limite do insuportável para sustentar um vínculo de cuidado em saúde visando o autocuidado, a autonomia e independência, talvez isso tenha sido um dos fatores essenciais para que Bruno não se sentisse abandonado e para que se pudesse realizar uma alta, uma despedida não imposta ou traumática.

O término do AT se deu com uma gradativa diminuição dos dias de atendimento, que inicialmente eram insuportáveis para Bruno, com melhoras e pioras. Depois dele passar alguns poucos meses numa comunidade terapêutica, os ATs reduziram ainda mais, mas não cessaram, e logo que saiu da comunidade terapêutica, Bruno foi morar com o irmão que surpreendentemente, foi acolhedor e passou a ser de forma mais efetiva.

Dizemos surpreendentemente porque foram várias as vezes que a at e a equipe do CAPSad tentaram incluir a família e o irmão nos cuidados de Bruno sem sucesso. Os ATs foram ficando mais espaçados ainda, a at ao estar prestes a terminar seu estágio, discute o término do AT de forma amistosa e tranquila com o acompanhado.

Entendemos que a presença e sustentação do lugar de at num esforço de produção de diferenças, de transferências maquínicas ali onde o acompanhado tende a repetir suas transferências personológicas, é uma aposta nas linhas de fuga que possam escapar/desviar do que se repete, uma aposta no acontecimento da clínica ou na clínica do acontecimento como diz Araújo (2007).

As linhas de fuga, raras como são, exprimem as mudanças que podem acontecer pela abertura para as forças do Fora, aquilo que rompe e desestratifica os estratos. Por sua vez, os estratos são atravessados/constituídos por linhas duras e linhas flexíveis. As linhas duras correspondem aos estratos de saber mais permanentes, aquilo de atual, de visível nas relações, como por exemplo, as dicotomias do normal e patológico, mulher e homem e outras tantas categorias dualistas. Já as linhas flexíveis correspondem a toda conspiração das relações de poder para desestratificar os estratos de saber, aquilo que acompanha a compreensão e a estrutura do objeto, mas o coloca em questão, e acaba por ocasionar relativas desestratificações. (Silveira, 2006)

Essas produções de cuidado criadas e seus efeitos, as vezes imperceptíveis, foram se tornando cada vez mais importantes na proposta de cuidado do AT, inclusive na sua relação com a Redução de Danos (RD), outra referência importante no AT de Bruno. Tanto o AT quanto a RD, tentam respeitar o tempo de cada um e o modo de lidar com as suas dependências, no exercício de uma clínica de baixa exigência, sem muitas pretensões como o rompimento do ciclo vicioso de forma absoluta, tal como almeja as políticas de

abstinência e manicomiais. É necessário estabelecer a confiança de que é possível desenvolver novas formas de ser e de agir, “...modos de existência ou, como dizia Nietzsche, a invenção de novas possibilidades de vida” mesmo vivendo em grande vulnerabilidade. (DELEUZE, 1992, p. 119-120).

A Esquizoanálise rompe com algumas ideias psicanalíticas que considera duras como é o caso da teoria da castração, onde a falta é o único motor do desejo e lança a ideia de um inconsciente maquínico, imanente, conectivo, produtivo e criativo, animado pelo desejo como potência afirmativa de agenciamentos produzindo diferenças. (Deleuze & Guattari, 1925-1995). Como diz Saidón (2008) é preciso forjar uma proposta de uma clínica que *“escapa da compulsão moralizante que, às vezes, comporta o processo terapêutico, com maior tolerância com a diferença e, ao mesmo tempo, estar mais equipada para abordá-la”* Essas ideias rechaçam a reprodução de modelos de clínica em favor da criação de modos singulares de se fazer clínica e de se relacionar com a vida.

Através do Devir, Deleuze e Guattari nos levam a pensar em uma clínica da diferença e do acontecimento, criadora de potência através da forma como os sujeitos se agenciam, ou seja, de que nada é por essência pré-determinado, mesmo dentro da lógica do discurso. (Saidón, 2008)

O paradigma ético-estético-político de valorização da vida, entende a ética a partir de valores vitais, a estética nos sentidos de viver e a política nos modos de existência coletivo. Nesse sentido, a esquizoanálise reforça uma auto-análise dos indivíduos e dos coletivos, uma construção da autogestão dos desejos a partir de processos relacionais, de poderes investidos nos saberes. Deleuze e Guattari apresentam teorias de estados intensivos, produção de multiplicidade e transbordamento de fronteiras na busca de uma lógica não totalizante, desenclausuradora, sem uma verdade única. (Muylaert, 2006)

Como AT, é preciso escapar das demandas por processos adaptativos para dar lugar à circulação dos afetos e sentidos, sempre desconstruindo e intervindo, sem neutralidade, em busca junto ao acompanhado da produção de desejo, da potencialização do corpo e da vida, numa relação terapêutica onde se construísse um sentido de corpo, de existência, de relação e de lugar no mundo que sejam entendidos pelo sujeito pela via de sua história e do seu modo de se relacionar com a vida, não como uma imposição vinda seja lá de onde.

Araújo (2007) coloca que é através do desejo que é possível romper com a pura repetição, por ele ser a força maquina que anima os encontros consigo e com o mundo. Mas para tanto, é preciso uma abertura às forças do Fora que desestabilize os modelos, os modos de ver e falar, de agir do acompanhado e reative assim, sua potência de criação. O AT se revela uma clínica capaz de conectar fragmentos, produzindo novas figuras ou desestabilizar as já constituídas. (Araújo, 2007)

### **ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES**

A clínica é forçada a se pensar, experimentar, se reinventar todas as vezes que cuida de casos complexos e difíceis. Nossa pretensão foi abordar a complexa questão da transferência amorosa e da sustentação do vínculo a partir de uma perspectiva transversal e maquina que se traduziu na convicção de que estar presente e sustentar o vínculo, transitar por papéis diversos, por vezes para acessar e manter o vínculo com o acompanhado, outros vezes para mediar sua relação com o outro, outras vezes para colocar limites nos fluxos suicidários e resistentes ao encontro, outras ainda para apenas estar ao lado, marcando presença. Papeis diversos como o de at, de amante, de salvadora, de mãe, de algoz. Sempre tomando cuidado para que as relações entre os papeis e o fim do vínculo terapêutico não reproduza as vivências traumáticas de desamparo e violência

que sempre marcaram a vida do acompanhado. Todo esse enredo, esse traçado de encontros serviu como dispositivo maquínico do desejo que, de algum modo, levou ao cuidado de si, numa outra relação com o irmão, com a at e com a vida.

As relações sociais mudam e com elas a necessidade de cartografar novas formas de pensar e manejar a transferência a partir da singularidade dos encontros. Esse trabalho surgiu dos encontros e desencontros, conflitos e satisfações vivenciadas numa experiência complexa de transferência maciça no estágio de AT e por isso, tínhamos necessidade de pensar e dizer algo a respeito a partir da escrita como cartografia. E nesse percurso por alguns intercessores conceituais encontramos em Guattari e suas ideias de transversalidade e transferência maquínica, juntamente com alguns psicanalistas e acompanhantes terapêuticos, um terreno fértil para pensar e problematizar a transferência maciça no AT.

Entendemos a transferência como um conceito fundamental na clínica psicanalítica, capaz de possibilitar o vínculo do paciente com o psicanalista e responsável pelas atualizações dos repertórios psíquicos do sujeito em sofrimento. Entende-se também que há transferências não manejáveis, que vem como mecanismo de resistência e podem ser apresentados tanto na forma de ódio, quanto na de amor, aquele preso no objeto atual, focado em intensos investimentos e incapaz de ser processado. (Freud, 1914)

O caso acompanhado nos coloca diante desses limites que a psicanálise apresenta. No histórico do caso acompanhado, as resistências se repetem e o tratamento é sempre “abandonado” por conta delas, seja pelo paciente ou pelos profissionais da equipe de saúde. Então buscamos na Esquizoanálise como forma de escapar, num desejo por linhas de fuga do que se repetia nos vínculos do acompanhado. O conceito de transversalidade de Guattari (1981) nos possibilitou olhar para a transferência de um modo mais ampliado

e complexo, escapando dos repertórios eminentemente personológicos para dar ênfase à importância do encontro, da horizontalidade terapêutica e da diferença produzida a partir do encontro e do acompanhamento daquele que resiste a ser acompanhado e insiste na ideia de que sua sina é o desamparo e a solidão e a saída o buraco negro da droga.

Nesse novo cenário do pensamento encontramos a transferência maquínica, que atravessa e arrasta os dois da relação terapêutica e as marcas de suas histórias enredando transferências personológicas, para uma relação com o mundo, para uma maior abertura para as forças do Fora. E foi com essa aposta que não somente problematizamos e manejamos a transferência amorosa e seus perigos para a terapêutica como também escapamos da relação estratificada da transferência para encontrar a multiplicidade nas relações assignificantes e impessoais e sua fecundidade acontecimental. Duas tarefas que coexistiram nesse nosso percurso. Uma delas foi desconstruir transferências amorosas maciças que resistem à singularização, e para isso a psicanálise muito nos ajuda. A outra tarefa foi surfar pela transferência maquínica, e assim escapar das relações anteriores marcadas pelo abandono, pelo desamparo e pela impossibilidade de vínculos afetivos, em devires imperceptíveis que somente a presença e o acompanhar são capazes de traduzir e que de algum modo culminou numa separação entre at e acompanhado não tão traumática e capturada ao destino e à sina de Bruno, e justo por isso, uma separação singular entre at e acompanhado.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, T., M. (2010) *Redução de danos: um novo paradigma?* Ministério da Saúde do Brasil e União Européia. Paris: Editiones Scientifiques.
- Araújo, F. (2007). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Rio de Janeiro.



- Baremlitt., G. (2003) *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Félix Guatarri
- Barretto., K. D. (1998) *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora.
- Ferreira, V. (2006). *Amor de Transferência e a Questão da Cura na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Portal do Psicólogo.
- Freitas, A. P., Scagliarini, A. P., Decarlos, D., & Arantes, M. d. (2015). *Nas Trilhas do Acompanhamento Terapêutico*. Uberlândia: Composer.
- Freud, S. (1914a). *Recordar, repetir e elaborar*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927) *O mal-estar na civilização*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1981) *Obras completas de Sigmund Freud: Charcot/ A histeria*. Rio de Janeiro: Editora Delta S. A
- Fink, B. (1956) *O sujeito lacaniano; entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998
- Guattari, F. (1981) *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Kaufmann., P. (1996) *Dicionário de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Lacan, J. (1901-1981) *O Seminário, livro 8: a transferência*. 1960-1961/ Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Ed 2. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

- Lacan, J. (1901-1981) O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964. Rio de Janeiro: Zahar (2008).
- Lauru, D. (2002). *O enamoramento e o amor de transferência*. Estilos da Clínica, 7(13), 158-165.
- Muylaert, A., M. (2006) *AT como dispositivo clínico: uma perspectiva da esquizoanálise*. São Paulo: Psychê
- Oliveira, J., R. (2011). *A amizade para Nietzsche: uma arena de mal entendidos*. Philótophos - Revista de Filosofia.
- Pelbart, P., P. (1989). *Da Clausura do fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense.
- Porto, M. (2015). *Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Saidón, O. (2008) *Devires da clínica*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. (Saúde e Loucura; 26. Políticas do desejo; n 3)
- Silveira, R., W., M. (1996) *Fronteiras do terapêutico: a questão da mutualidade*. São Paulo.